

Tilburg University

Strategische groepen op de markt voor gezondheidszorg

Janssen, R.T.J.M.; Tans, P.

Published in:
VGE Bulletin

Publication date:
2009

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Janssen, R. T. J. M., & Tans, P. (2009). Strategische groepen op de markt voor gezondheidszorg. *VGE Bulletin*, 26(2), 10-13.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

DBC's in de GGZ, ontwrichtende of herstellende werking?

Prof. dr. Richard Janssen; P. Soeters

Sinds de curatieve ggz ondergebracht is in de Zorgverzekeringswet, is men naarstig op zoek naar een nieuwe bekostigings- en vergoedingswijze van zorgaanbieders respectievelijk vrijgevestigde behandelaren in de ggz. Daartoe worden sinds 2006 zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) ontwikkeld. Deze vorm van bekostiging kan beschouwd worden als een nieuwe generatie van bekostigingssystemen. De ziekenhuizen werken hier al sinds 2003 mee. Hierbij wordt niet alleen informatie van de verrichting of de behandelaar gebruikt, maar ook van de patiënt. Deze informatie is cruciaal voor de inkopers van zorg, de verzekeraars, om zicht te krijgen op wat, waarvoor en voor wie zij eigenlijk betalen. Ondanks allerlei onvolkomenheden zullen DBC's ertoe bijdragen de ggz op langere termijn haar maatschappelijke legitimiteit te geven en kunnen zij de overheid helpen bij het prioriteren bij de per definitie grotere vraag dan beschikbare middelen. DBC's koppelen aan het bereikte klinische resultaat brengt ons dichter bij echte *performance payment*.

Trefwoorden: DBC's, bekostiging zorg, performance payment

Twee jaar geleden verscheen de publicatie *De GGZ ontwricht* (Palm e.a., 2008). Het geeft uitdrukking aan een breed gevoel van ontevredenheid over de invoering van DBC's in de ggz. Het thema wordt geassocieerd met bureaucratie, te veel macht aan de verzekeraars, inadequaats, kortom een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg in de ggz. Het kan niet ontkend worden dat er ongewenste bijwerkingen zijn van de implementatie van deze nieuwe wijze van bekostiging. Vraag is dan: heiligt het doel van de therapie deze bijwerkingen of is deze niet adequaat? We gaan deze analogie niet helemaal doortrekken, maar soms is het wel aardig om hier en daar een vergelijking te maken met een aantal conventies die in de ggz groot draagvlak hebben en die we allemaal gemakkelijk herkennen omdat het ons dagelijks werk is. Van belang is te zien dat het stelsel van de Nederlandse zorg al sinds de jaren '80 onder reconstructie is en dat de impact op de ggz een onderdeel is van een 'behandeling' van een groter systeem, namelijk het functioneren van het zorgstelsel in Nederland, de organisatie en bekostiging. In dit artikel starten we met een beschrijvende analyse van de zorg en de bekostigingssystemen in de zorg in het algemeen. Vervolgens gaan we in op de DBC's in algemene zin en de DBC's van de ggz. Tot slot staan we stil bij sterkten en zwakten van dergelijke systemen en welk perspectief ons waarschijnlijk te wachten staat. Dat laatste is aan te duiden met *performance payment*: betaald worden voor een vooraf afgesproken prestatie.

Historie van de bekostiging van de ggz in Nederland

Vorig jaar is het zeer lezenswaardige proefschrift verschenen van Catharina Bakker (2008): *Geld voor de GGZ*. Het proefschrift

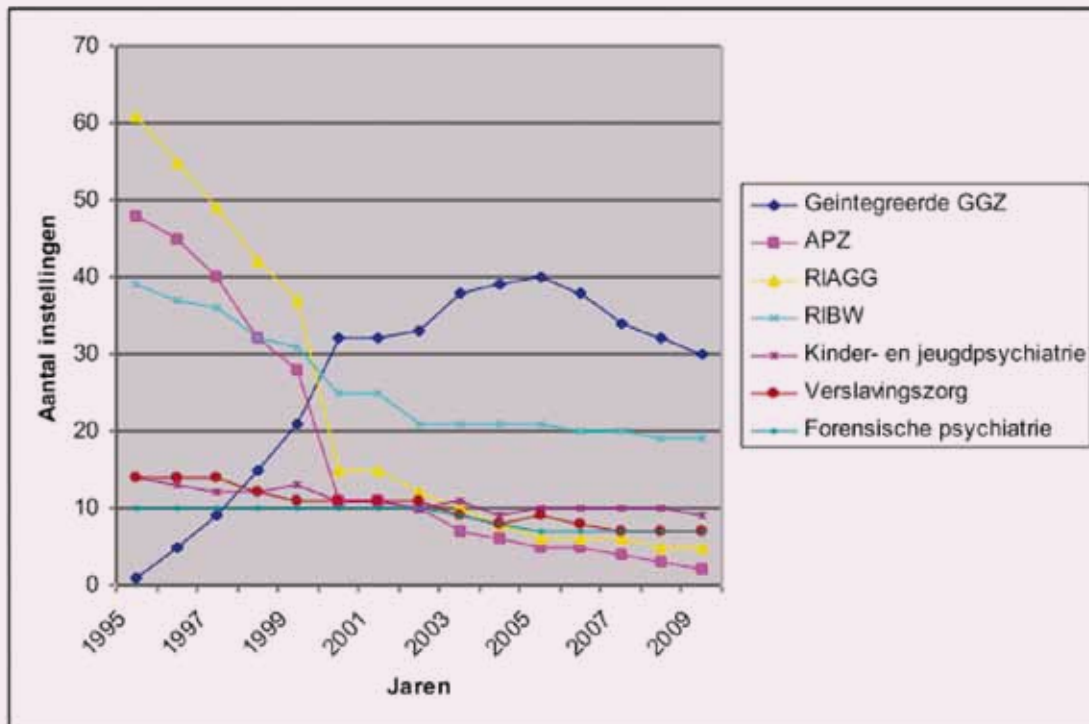
beschrijft de financiering van de ggz en de invloed van geld op de zorgpraktijk van de periode 1884-1984. Het boek eindigt met de beschrijving op welke wijze de gehele ggz in de AWBZ terecht is gekomen. Want dat blijft toch wel merkwaardig. Immers, de AWBZ is eigenlijk gericht op onverzekerbare zorg, zoals die voor mensen met een aangeboren verstandelijke of lichamelijke handicap en voor ouderenzorg. Zij beschrijft op welke wijze staatssecretaris Van der Reijden in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* in 1984 de AWBZ gebruikt om tot een regelend kader voor de behoefte aan samenhang in de zorg te komen. Immers, tot die tijd was de ggz gespreid over veel organisaties, instellingen en bestuurslagen.

In 1989 kwam na de ambulante ggz de klinische ggz in de AWBZ terecht. Dat betekende dat de Algemene Psychiatrische ziekenhuizen vanaf dat moment vanuit de AWBZ werden bekostigd. Het bekostigingsinstrument werd ingezet om tot de gewenste samenhang van zorg rondom de patiënt te komen.

In structuurtermen is daarmee het fundament gelegd voor de structuur van de ggz-zorg zoals we die rond de eeuwwisseling kenden. Een dertigtal zogenaamde integrale ggz -instellingen dekt de ggz-zorg in het hele land af. Daarnaast is er nog een aantal categorale instellingen zoals de RIBW's, een handvol Riagg's en een aantal instellingen voor de verslavingszorg. Tot zover de structuur van het aanbod van de ggz-zorg.

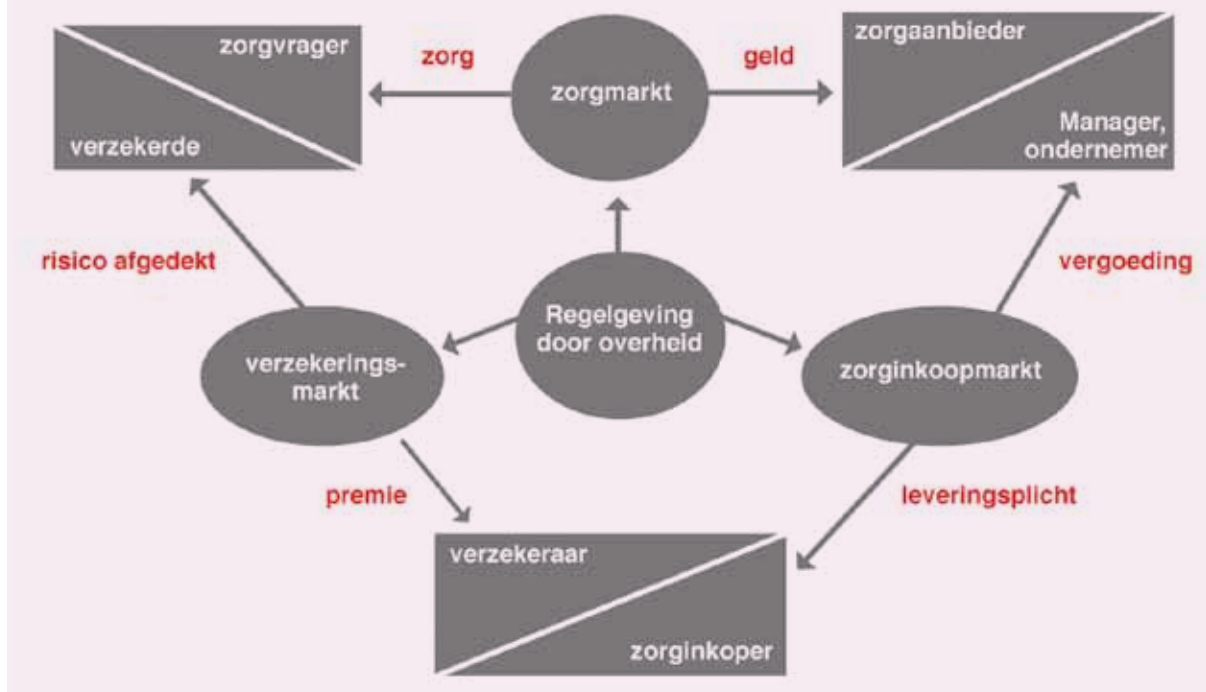
Inmiddels wordt al sinds het plan van de Commissie Dekker (1987) aan de modernisering van het verzekeringsstelsel gewerkt. Dat proces is een significante nieuwe fase ingegaan met de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) in 2006. Daarmee werd een periode afgesloten van een verzekeringsstelsel dat feitelijk door de Duitse bezetter ingevoerd is en sterk leunde op een wettelijke inbedding van de van oudsher regionaal werkende ziekenfondsen.

Figuur 1: Overzicht van het aantal instellingen in de ggz



Bron: Database GGZ Nederland

Figuur 2: Het Nederlandse Zorgstelsel in Schema (Bron: Janssen, 2003)



Het concept dat ten grondslag ligt in dit nieuwe stelsel is dat van de gereguleerde marktwerking. Daarmee verlaat de overheid het besturingsprincipe van centraal hiërarchisch sturen vanuit 'Den Haag'. Daarvoor in de plaats komt een vorm van sturing, die deels via de overheid verloopt die een regulerend kader biedt (zie

het centrum van figuur 2) en deels via contacterende partijen (zie de drie markten in figuur 2).

Contracteren is in wezen een horizontale manier van sturen, waarbij beide partijen de optie hebben de samenwerking te beëindigen en een contract in overeenstemming tot stand komt

(Haselbekke, e.a. 2003). In het kader van dit nieuwe besturingsparadigma moge het duidelijk zijn dat ook het bekostigingsinstrumentarium verandert. Immers, een overheid die alles zelf stuurt kan met vrij eenvoudige, subsidie-achtige instrumenten uit de voeten. Door het nationaal budget te verdelen over instellingen houdt zij deze in feite in stand. De AWBZ heeft nog altijd deze kenmerken. Contracterende partijen willen echter graag weten waarvoor zij betalen: bedden, hulpverleners, verpleegdagen of genezen patiënten? We noemen dit ook wel 'van input naar output'-bekostiging. En het liefst zou je willen betalen voor outcome. Dat laatste is natuurlijk de ideaal gewenste situatie. Immers, veel variabelen bepalen mede de outcome van een behandelingsproces, niet alleen de behandelaar.

De ziekenhuizen zijn sinds 2003 bezig om het systeem van functionele bekostiging (zie verderop) om te zetten naar een DBC-gerelateerd systeem. Met de overgang van de curatieve ggz naar de ZVW is ook voor de ggz een proces gestart om tot bekostiging via DBC's te komen. Je zou dit gehele proces kunnen beschouwen als een proces van 'normalisering'. Dat wil zeggen: de zoektocht om ook in de zorg te komen tot een normale contractuele relatie, waarbij de contractpartijen onderhandelen over de hoeveelheid, kwaliteit en prijs van de geleverde prestatie. De DBC is dan de basis voor onderhandelingen met de zorgverzekeraars over volume, prijs en kwaliteit. Hiermee verwacht de overheid een situatie te creëren waarin zorgaanbieders zijn verzekerd van een kostendekkende vergoeding, en zorgverzekeraars zijn verzekerd van 'waar voor hun geld'.

In paragraaf 3 gaan we in op de typen bekostigingssystemen die te onderscheiden zijn. Vervolgens gaan we in op de prikkels die kenmerkend zijn voor de verschillende bekostigingssystemen.

Typologie van bekostigings- en vergoedingssystemen

Bekostigingssystemen kunnen getypeerd worden aan de hand van de volgende twee begrippen (van Montfort, 2000): bekostigingsbasis en bekostigingseenheid. Met bekostigingsbasis wordt het product of dienst bedoeld op basis waarvan de bekostiging plaatsvindt. Er zijn in het algemeen een drietal mogelijkheden en varianten te onderscheiden:

- *Intermediaire productie, ook wel throughput:* financiering vindt plaats op basis van consulten, verpleegdagen en polikliniekbezoeken. Door aan die intermediaire productie-eenheden een bepaald bedrag toe te kennen, wordt het budget van de zorgaanbieder vastgesteld. Een dergelijk systeem heeft de ggz tot 2006 gekend.

- *Output:* met output wordt bedoeld de zorgzaamheid waarvoor de intermediaire producten worden ingezet. De totale zorg voor een groep diabetes patiënten is hier een voorbeeld van.

- *Outcome:* dit is niet meer de relatie met de patiënt, maar de relatie met het aantal mensen in de regio, het aantal verzekerden, adherente bevolking. Dit laatste wordt bepaald op basis van de het aandeel van de verwijzingen naar de instelling in het totaal van de verwijzingen gerelateerd aan de bevolking. Heeft men 30 procent van de verwijzingen in een regio, dan is de adherente bevolking 30 procent van de bevolking. Deze variant werd tot voor kort toegepast bij de vergoeding van huisartsen. Voor elke ingeschreven patiënt in zijn praktijk kreeg de huisarts een vast bedrag (abonnement), onafhankelijk of deze patiënt bij hem op consult komt. Ook ziekenhuizen hebben nog een dergelijke component in hun budgetfinanciering zitten, een vast bedrag per inwoner van het adherentiegebied.

Bekostiging kan plaatsvinden op basis van de eenheid van een bepaald product of dienst of er wordt betaald op basis van een totale instelling (ziekenhuisbudget).

In tabel 1 is de typologie van bekostigingssystemen weergegeven op basis van bekostigingsbasis en bekostigingseenheid. In contracttermen kan men stellen dat de bekostigingseenheid verwijst naar de wijze waarop de hoeveelheden, het volume, gemeten worden. De bekostigingsbasis verwijst naar waarop de hoeveelheden betrekking hebben: throughput oftewel activiteiten, output of outcome. Ellis en Miller (2009) maken nog een ander onderscheid. Bij de financiering van zorgaanbieders kan informatie gebruikt worden die betrekking heeft op de aanbieder, de geleverde dienst of de patiënt. Dit kan uiteraard ook gecombineerd worden. Bij een vergoeding gebaseerd op de salariskosten van het ingezette personeel, onafhankelijk van hoeveel en welke patiënten hij helpt, wordt alleen informatie van de medewerker gebruikt. Bij een vergoedingssysteem per verrichting wordt informatie van de aanbieder en dat wat hij levert gebruikt, bijvoorbeeld consulten, verpleegdagen of laboratoriumonderzoeken. De vergoeding van de ggz op basis van verrichtingen zoals we dat binnen de AWBZ kenden valt onder deze typering. Het abonnementsysteem is gebaseerd op hoeveel patiënten hij helpt; soms varieert dit op basis van patiëntenkenmerken zoals leeftijd, geslacht of de wijk waar de patiënt woont. Maar het kan ook betrekking hebben op de zorgvraag, de diagnose en de mate

Tabel 1 Typologie van bekostigingssystemen in de zorg

Bekostigingseenheid	Bekostigingsbasis		
	Intermediaire productie	Output	Outcome
Per eenheid	Inputrichtlijnen per intermediair product	Stuksprijs per outputeenheid	Stuksprijs per verzekerde
Totale instelling	Budget financiering	Funcitgericht budget	Verzekerden budget

Bron: van Montfort 1999

van complexiteit. In feite komen al deze systemen in Nederland voor. Een DBC combineert in feite deze drie dimensies zoals we later zullen laten zien.

In veel landen is een ontwikkeling waar te nemen naar stuks-prijzen per outputeenheid, waarbij meerdere dimensies van relevante informatie worden meegenomen. Dit komt neer op het typeren van diensten en het daaraan verbinden van prijzen. Deze systematiek wordt ook wel 'casemix' genoemd. De term 'casemix' refereert aan de verzameling van verschillende typen patiënten die door een ziekenhuis of specialisme worden behandeld. DBC's en zorgzwaarte pakketten (ZZP's) zijn te beschouwen als vergoedingsvormen waarbij rekening wordt gehouden met de casemix. Er wordt rekening gehouden met de zwaarte en omvang van de zorgvraag en verondersteld dat deze invloed zal hebben op de hoeveelheid en aard van de geleverde diensten, evenals het opleidingsniveau van de hulpverlener. De complexiteit van de zorgvraag wordt als het ware verbonden met de inzet van de hoeveelheid en de kwaliteit van mensen en middelen.

Ellis (2001) onderscheidt verschillende manieren waarop een ziekenhuis bekostigd kan worden (zie figuur 3). Het meest simpele systeem is om ziekenhuizen te bekostigen op basis van feitelijke kosten. Hierbij wordt het ziekenhuis vergoed op basis van de gemaakte kosten. De basis voor bekostiging is de intermediaire productie en de bekostigingseenheid is de totale instelling. In figuur 3 wordt een aantal prikkels aangegeven die voortkomen uit de verschillende bekostigingssystemen. Rangschikking van de bekostigingssystemen geschiedt op basis van het aantal informatiedimensies, dat gehanteerd wordt. Een bekostigingssysteem op basis van feitelijke kosten geeft de ziekenhuizen geen prikkel om de kosten te bewaken: alle kosten worden immers vergoed. Dit systeem is uiterst links op de asverdeling te vinden. Daarnaast geeft het systeem ook weinig tot geen prikkels om de inspanningen te verhogen om zodoende meer patiënten aan te trekken. De vergoeding voor het ziekenhuis is immers niet afhankelijk van de prestaties, maar van de gemaakte kosten. Een dergelijk systeem kent over het algemeen wachtende patiënten, die toegang willen tot het aanbodsysteem.

Aan het andere uiterste van de as-verdeling staat het bekostigingssysteem van 'capitation'. Hierbij ontvangen de ziekenhuizen een vergoeding op basis van de verwachte kosten voor een patiënt (Van de Ven en Ellis 2000). De bekostigingseenheid is de

verzekerde. Bij het capitation-systeem wordt vooraf een vergoeding per patiënt per tijdseenheid (bijvoorbeeld: jaar) vastgesteld, waarbij de patiënten worden opgedeeld in (vooraf) gedefinieerde patiëntgroepen. Een voorbeeld van een patiëntgroep is de diabetespopulatie in het adherentiegebied van een ziekenhuis. Deze diabetespopulatie komt tot stand op basis van gegevens als leeftijd en geslacht en diagnose.

Uitgangspunt bij het capitation-systeem is dat de aanbieder van zorg akkoord gaat met een vaste vergoeding per patiënt uit een vooraf gedefinieerde patiëntgroep. In ruil voor deze vergoeding gaat de aanbieder van zorg akkoord met het leveren van alle benodigde zorg voor deze patiënt voor een vastgestelde periode.

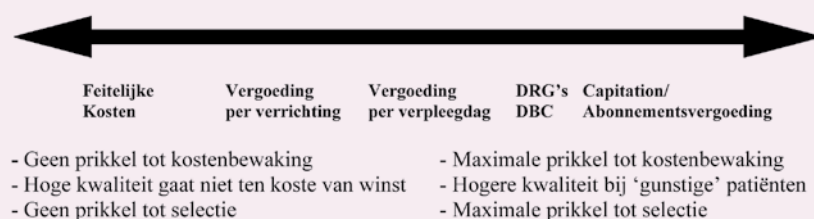
Tussen de twee extremen van bekostiging op basis van feitelijke kosten en het capitation-bekostigingssysteem ligt nog een aantal andere bekostigingssystemen. Deze systemen verschillen in de mate waarin de zorgactiviteiten, waar een vergoeding tegenover staat, geclusterd worden. Het bekostigingssysteem op basis van beloningen (*fees*) geeft het ziekenhuis een vergoeding per verrichte zorgactiviteit. Het ziekenhuis krijgt na het verrichten van de zorgactiviteit de kosten hiervan (inclusief een winstpercentage) vergoed. De bekostiging vindt achteraf plaats en wordt dan ook een retrospectieve bekostiging genoemd. Net als onder het systeem van feitelijke kosten geeft ook dit systeem weinig tot geen prikkels om de kosten goed te bewaken. De ziekenhuizen krijgen immers alle kosten van de zorgactiviteiten vergoed.

In het bekostigingssysteem op basis van dagen ('per diem') krijgt het ziekenhuis een vaste vergoeding per verpleegdag, onafhankelijk van de zwaarte van de behandeling van een patiënt. Zijn de patiënten van het specialisme gynaecologie erg 'lichte' patiënten en de patiënten van het specialisme neurologie erg 'zwaar', dan krijgt het ziekenhuis toch voor beide specialismen per verpleegdag een zelfde verpleegdagprijs vergoed.

Bij het 'per diem'-systeem worden de prijzen voor een verpleegdag vooraf vastgesteld. Net als het capitation-systeem, waarbij vooraf een vaste vergoeding per patiënt wordt vastgesteld, kan dit systeem getypeerd worden als een prospectieve bekostiging. De vergoedingen voor ziekenhuizen worden vooraf vastgesteld en zijn onafhankelijk van de werkelijk gerealiseerde kosten.

Tot slot wordt een bekostigingssysteem onderscheiden, waarbij DRG's (*Diagnosed Related Groups*) als basis voor een vergoeding worden gebruikt. In dit systeem krijgen de ziekenhuizen een vast

Figuur 3: Bekostigingssystemen voor ziekenhuizen



Bron: Van de Ven en Ellis, 2000

bedrag per klinische behandelperiode van een patiënt. Ook hier is sprake van een prospectieve bekostiging. De bekostigingbasis in dit systeem is output en de bekostigingsseenheid is een DRG. In de bekostigingssystemen op basis van verpleegdagen ('per diem') en DRG's wordt een prikkel gegeven om de kosten, die per verpleegdag en per DRG gemaakt worden, goed in bedwang te houden. Andere effecten van deze systemen zijn: langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis houden van patiënten of het uitvoeren van meer behandelperioden bij een patiënt dan noodzakelijk. Meer verpleegdagen en meer behandelperioden per patiënt leiden immers tot meer opbrengsten voor het ziekenhuis. Daarnaast is er een prikkel tot selectie van 'gunstige' patiënten, aan wie meer verdiend kan worden dan aan 'ongunstige' patiënten.

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat het niet zo eenvoudig is om tot een adequaat vergoedingsstelsel voor zorgaanbieders te komen. Aan alle varianten zitten wel voor- en nadelen. Het is ook goed om te beseffen dat een deel van deze gewenste en ongewenste effecten veroorzaakt wordt door het feit dat er een 'derde partij' is die de vergoeding op zich neemt. De verzekeraar of overheid betaalt de zorgverlener in plaats van de zorggebruiker. In de volgende paragraaf gaan we verder in op de bekostiging op basis van DBC's, zoals dat in Nederland in de ggz vorm heeft gekregen. Hieraan ligt de redenering ten grondslag dat de zorgaanbieder adequaat vergoed kan worden op basis van de zorgvraag, de diagnose en omvang en kwaliteit van de in te zetten menskracht en andere middelen.

Bekostiging op basis van DBC's in de GGZ

In het voorafgaande zijn we vrij uitvoerig ingegaan op de typologie en de context van bekostiging en vergoeding in de zorg. In deze paragraaf gaan we verder in op de techniek van DBC's in de ggz. Zoals eerder besproken is de curatieve ggz in 2008 overgeheveld naar de ZVW. Om te zorgen dat de curatieve ggz aansluit bij de ZVW, werd op landelijk niveau overeengekomen de bekostiging van de curatieve ggz te laten aansluiten bij de rest van de curatieve zorg. Ook dit kan men zien als een proces van 'normalisering'. De ontwikkeling van DBC's in de algemene ziekenhuizen werd reeds gestart in 1995. De definitieve invoering vond, tien jaar later, in 2005 plaats.

Binnen de ggz is met een aantal pilot-instellingen reeds in 2006 begonnen met het registreren in DBC's en vanaf 2008 is, mede in verband met de overheveling van de curatieve ggz naar de ZVW, het registreren in DBC's verplicht.

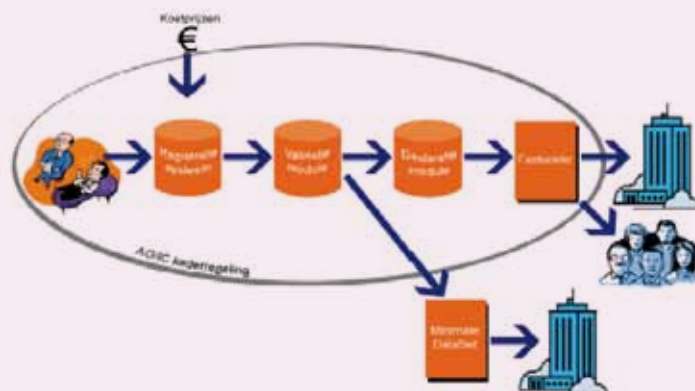
De landelijke DBC-werkgroep geeft de volgende definitie aan een DBC: 'Het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist dat voortvloeit uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert.' (Van Ginneken, 2004). De DBC geeft dus de relatie weer tussen de zorgvraag en de activiteiten en verrichtingen die uitgevoerd worden door de zorgaanbieder om aan de zorgvraag tegemoet te komen. De DBC kan gezien worden als een dienst die een zorgaanbieder levert aan de patiënt. Het proces dat gepaard gaat met de bekostiging op basis van DBC's valt in drie stappen onder te verdelen, namelijk de registratie, de validatie en de declaratie/facturatie van de DBC's. Dit proces wordt in onderstaande figuur weergegeven.

De registratie, de validatie en de aflevering van de gegevens aan het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) (zie ook: <http://www.dbc-informatiesysteem.nl/>) en de declaratie/facturatie worden hierna achtereenvolgend kort besproken.

Registratie van DBC's

De registratie van DBC's is aan tal van praktische regels onderworpen en is te uitgebreid om hier diep op in te gaan, dus wordt dit alleen op hoofdpunten belicht. Allereerst wordt vastgesteld om wat voor soort DBC het gaat. Dit gebeurt door middel van de typering van de DBC. Hierin wordt het zorgtype, de zorgvraag van de patiënt en de diagnose vastgelegd. Het is mogelijk om, bij verschillende primaire diagnoses, met meerdere parallelle DBC's te werken. Er kunnen maximaal drie DBC's voor een patiënt openstaan. Vervolgens wordt de inhoud van de DBC bepaald door het registreren van alle activiteiten en verrichtingen die voor de behandeling van de patiënt plaatsvinden. De activiteiten en verrichtingen worden geregistreerd aan de hand van de gedetailleerde 'activiteiten en verrichtingen'-lijst. Zowel de directe tijd als de indirecte tijd ten behoeve van de patiënt mogen in de DBC weggeschreven worden. Alleen de op de CONO

Figuur 4: Het DBC-model



Tabel 2. Classificatie van de behandel-DBC's

- Geen behandeling bij 24-uurs verblijf
- Indirecte tijd
- Diagnostiek
- Crisis
- Behandeling kort
- Aandachtstekort en gedragsstoornissen
- Pervasieve stoornissen
- Overige stoornissen in de kindertijd
- Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen
- Aan alcohol gebonden stoornissen
- Aan overige middelen gebonden stoornissen
- Schizofrenie en ander psychotische stoornissen
- Depressieve stoornissen
- Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
- Angststoornissen
- Aanpassingsstoornissen
- Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- Restgroep diagnoses
- Persoonlijkheidsstoornissen.

beroepentabel (<http://www.conoggz.nl/html/home.htm>) voor- komende beroepen mogen activiteiten en verrichtingen wegschrijven. Directe tijd is de tijd die besteed wordt aan een face-to-face-contact, een telefoongesprek of e-mailcontact. De indirecte tijd ten behoeve van de patiënt is verslaglegging, contact met verwijzers e.d. De totale DBC (en niet de losse elementen van een behandeling) worden in rekening gebracht. De DBC is een bekostigingssystematiek en schrijft niet de behandelinhoud voor.

Validatie

Nadat de DBC-registratie heeft plaatsgevonden, dient deze gevalideerd te worden. Bij de validatie wordt de DBC beoordeeld op technische kwaliteit en wordt een controle uitgevoerd op de DBC-spelregels. Deze validatie is in zeven gedetailleerde processtappen vastgelegd¹. De DBC's die niet voldoen aan de eisen, komen op zogenaamde uitval- en controlelijsten, waarna ze gecorrigeerd moeten worden.

Het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) ontvangt en beheert alle informatie over DBC's. Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. De Nederlandse zorgaanbieders zijn eigenaar van de data. DIS zorgt voor een veilig beheer en verzorgt wettelijke data-uitleveringen aan een vijftal publieke afnemers, namelijk het ministerie van VWS, De Nederlandse Zorgautoriteit, het College voor zorgverzekeringen, het Centraal bureau voor de statistiek en DBC onderhoud. Na toestemming van de data-eigenaren kan DIS ook informatie leveren aan derden, bijvoorbeeld voor beleids- of wetenschappelijk onderzoek. De databank bevat geen persoonsgegevens. DIS is onafhankelijk en actueel. Het DIS is bestuurlijk en facilitair ondergebracht bij DBC-Onderhoud (<http://www.dbconderhoud.nl>).

Declaratie / facturatie

Na de registratie en de validatie van de DBC wordt de DBC tot slot gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De DBC-productgroep en de DBC-prestatiecode dienen te worden meegestuurd in het declaratieverkeer met de zorgverzekeraar. Het declaratieverkeer vindt plaats via de Externe Integratie Standaard zoals deze door Vektis is opgesteld (<http://www.vektis.nl/>). De verzekeraar zal het bedrag betalen voor de DBC dat is afgesproken bij onderhandelingen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. De opbrengst per behandel-DBC is afhankelijk van de diagnose en van de indeling in minuten en kan behoorlijk variëren. Onderstaand volgt een voorbeeld van de maximale DBC opbrengst voor de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd'.

¹ Projectorganisatie DBC GGZ, *DBC GGZ validatie 2006; de specificaties*, Utrecht 2006, www.dbcggz.nl

Tabel 3 – DBC opbrengst voor de productgroep 'overige stoornissen in de kindertijd'.

Overige stoornissen in de kindertijd	Bedrag
Vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.044
Vanaf 800 tot en met 1799 minuten	€ 2.154
Vanaf 1800 tot en met 2999 minuten	€ 3.954
Vanaf 3000 tot en met 5999 minuten	€ 6.345
Vanaf 6000 tot en met 11999 minuten	€ 10.152
Vanaf 12000 minuten	€ 17.767

In dit voorbeeld kunnen we zien dat de opbrengst van een DBC van 800 minuten hetzelfde bedrag opbrengt als een DBC van 1.799 minuten, namelijk € 2.154. Om kostendekkend te kunnen werken, is het van belang om bij de tijdsbesteding op het gemiddelde van de range uit te komen en om met een juiste mix van

hulpverleners te werken. Hieronder volgen twee voorbeelden van patiënten die zorg ontvangen voor de diagnose 'overige stoornissen in de kindertijd'. Uit deze voorbeelden blijkt dat het rendement van de behandeling, ondanks een gelijke inzet van uren, verschillend is omdat een andere beroepsmix ingezet wordt.

Voorbeeld 1: overige stoornissen in de kindertijd

Activiteit/ verrichting	beroepentabel	Tijdsbesteding in uren	Kostprijs Tarief per uur	Totale kostprijs
Intake	psychiater	1 uur	€ 160	€ 160
Diagnostiek	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320
Behandel- en begeleidingscontact	GZ-psycholoog	10 uur	€ 110	€ 1.100
Behandel- en begeleidingscontact	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320
Creatieve therapie	vaktherapeut	5 uur	€ 70	€ 350
Totale kostprijs		20 uur = 1200 minuten		€ 2.250
Opbrengst DBC Omdat 1200 minuten geregistreerd zijn valt deze DBC in de categorie 800-1799 minuten				€ 2.154
Resultaat				Verlies € 96

Voorbeeld 2: overige stoornissen in de kindertijd

Activiteit/ verrichting	beroepentabel	Tijdsbesteding in uren	Kostprijs Tarief per uur	Totale kostprijs
Intake	psychiater	1 uur	€ 160	€ 160
Diagnostiek	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320
Behandel- en begeleidingscontact	GZ-psycholoog	5 uur	€ 110	€ 550
Behandel- en begeleidingscontact	SPV	2 uur	€ 80	€ 160
Creatieve therapie	vaktherapeut	10 uur	€ 70	€ 700
Totale kostprijs		20 uur = 1200 minuten		€ 1.890
Opbrengst DBC Omdat 1200 minuten geregistreerd zijn valt deze DBC in de categorie 800-1799 minuten				€ 2.154
Resultaat				Winst € 254

Nieuwe aanbieders (aanbieders die voor 2008 geen afspraken hadden) worden volledig bekostigd aan de hand van de huidige DBC-systematiek. Uit bovengenoemde modellen blijkt dat de opbrengst voor nieuwe aanbieders € 2.154 is. Bij aanbieders die voor 2008 al afspraken hadden wordt de opbrengst nog steeds bepaald aan de hand van de oude NZa-parameters.

Wij zullen de opbrengsten van voorbeeld 1 ook uitwerken op basis van de oude NZa parameters. Uit onderstaand overzicht blijkt dat in dit voorbeeld de NZa opbrengst lager is dan de DBC- opbrengst.

Voorbeeld 1: overige stoornissen in de kindertijd

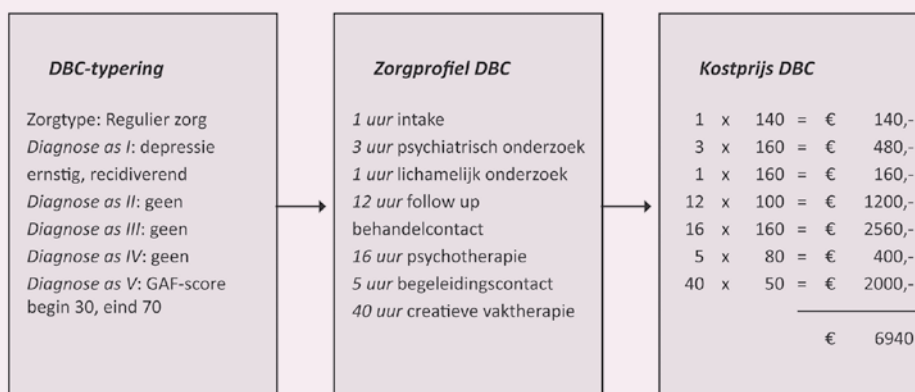
Activiteit/ verrichting	beroepentabel	Tijdsbesteding in uren	Kostprijs Tarief per uur	Totale kostprijs	Aantal NZA contacten	Opbrengst Tarief per contact	Ttooppa
Intake	psychiater	1 uur	€ 160	€ 160	1	€ 178,55	€ 178,55
Diagnostiek	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320	1	€ 488,82	€ 488,82
Behandel- en begeleidingscontact	GZ-psycholoog	10 uur	€ 110	€ 1.100	8	€ 101,57	€ 812,56
Behandel- en begeleidingscontact	psychiater	2 uur	€ 160	€ 320	2	€ 101,57	€ 203,14
Creatieve therapie	vaktherapeut	5 uur	€ 70	€ 350	1 deeltijd	€ 110,83	€ 110,83
Opbrengst NZA							€ 1793,90
Totale kostprijs		20 uur = 1200 minuten		€ 2.250			
Opbrengst DBC Omdat 1200 minuten geregistreerd zijn, valt deze DBC in de categorie 800-1799 minuten				€ 2.154			
Resultaat DBC				Verlies € 96			

Gemiddeld zorgprofiel

Als er enige tijd DBC's geregistreerd zijn, is het voor de zorgaanbieder mogelijk om het gemiddelde zorgprofiel per DBC vast te stellen. Hierdoor wordt inzicht verkregen in de hoeveelheid zorg die een patiënt met een bepaalde diagnose en behandeling gemid-

deld ontvangt. Door het berekenen van gemiddelde zorgprofielen is het mogelijk om aan DBC's met verschillende diagnoses en verschillende behandelingen prijskaartjes te hangen. Dit proces wordt in figuur 5 weergegeven.

Figuur 5: DBC-typering-zorgprofiel-kostprijs



In het beoogde eindmodel gaan onderhandelingen plaatsvinden tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders. De DBC's ofwel de 'producten' vormen de basis voor deze onderhandelingen. Hierin wordt onderhandeld over de hoeveelheid DBC's die gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraars, de prijs van deze DBC's en de kwaliteit ervan. De verzekeraar kan, aan de hand van de DBC's, de zorginstellingen onderling vergelijken. Het is de insteek van de onderhandelingen dat er naast de prijs ook gekeken wordt naar de inhoud van de DBC en naar de kwaliteit van de instellingen. Het zorgprofiel is een indicatie van de kwaliteit, maar prestatie-indicatoren zullen hierbij ook een rol gaan spelen. Dit zijn meetpunten waarmee de kwaliteit aangeduid wordt. Hierbij wordt gedacht aan gemeten tevredenheid van de patiënten en effectiviteit van de behandeling, bijvoorbeeld gemeten in het aantal recidiverende patiënten.

Gewenste en ongewenste effecten van de invoering van DBC's

Nieuwe aanbieders (aanbieders die voor 2008 geen afspraken hadden) worden volledig bekostigd aan de hand van de huidige DBC-systematiek. Voor bestaande aanbieders gelden nog steeds twee registratiesystemen, namelijk de oude NZa-parameters en de DBC-systematiek. Op dit moment bepalen de oude NZa-parameters nog de opbrengst zoals deze ook in de jaarrekening vermeld worden. De DBC-registratie en -facturatie zorgen ervoor dat er daadwerkelijk gelden op de bank binnenkomen (*cash flow*). Op dit moment vindt een keer per jaar een verrekening plaats indien de NZa-opbrengst en de DBC-opbrengst (inclusief onderhanden werk) van elkaar afwijken.

Nieuwe aanbieders registreren alleen DBC's en de facturatie is ook de opbrengst. Bestaande aanbieders moeten een dubbele registratie voeren wat voor extra administratieve lasten zorgt. Tevens ontstaat eigenlijk ook rechtsongelijkheid omdat de opbrengsten in beide systemen verschillend kunnen zijn. In de huidige DBC-systematiek wordt alle bestede tijd vergoed, terwijl in de NZa-systematiek uitgegaan wordt van normtijden. Het gevaar voor de korte termijn is aanwezig dat er extra minuten geregistreerd worden, waardoor de DBC in een hogere categorie valt en extra opbrengsten met zich mee brengt (up-coding). Op langere termijn zullen verzekeraars meer vergelijkingsmateriaal hebben, waardoor deze eventuele up-coding waargenomen kan worden en een onderwerp bij de contractonderhandelingen zal zijn.

Het grote voordeel van de DBC is de transparantie die deze registratievorm met zich meebrengt. Daarnaast wordt de tijdsbesteding gerelateerd aan een patiënt met een diagnose. Nadeel is de erg gedetailleerde vastlegging en het ontbreken van een eenvoudig en gebruiksvriendelijk registratiesysteem voor behandelaars. Uit bovenstaande beschrijving van de registratie, validatie en facturering blijkt duidelijk dat een goede vastlegging op alle onderdelen onontbeerlijk is. Op termijn worden de resultaten van de behandelingen en de hieraan gerelateerde kosten vergelijkbaar. Vraag is alleen: zien we dit als uitdaging of

als bedreiging? In tegenstelling tot het oude anonieme verrichtingsstelsel krijgt de verzekeraar zicht op zijn 'schadelast' per patiënt of per groep patiënten met dezelfde diagnose. Hij kan deze waarden eveneens vergelijken met die van andere zorgaanbieders, maar ook tussen groepen van patiënten. Op landelijk niveau zijn afspraken gemaakt om de bereikte effecten te meten en geanonimiseerd onder te brengen in een landelijke database, die de status heeft van een Trusted Third Party, een zogenaamde TTP.

Discussie en conclusie

Wij hebben in dit artikel een lange aanloop genomen. Reden hiervoor is te laten zien dat het vergoeden van zorgaanbieders en hulpverleners geen sinecure is. In Nederland geven we ruim 60 miljard euro aan zorg uit, waarvan ruim 3 miljard euro aan de curatieve ggz. Vergoeden op basis van alleen kenmerken van de zorgaanbieder of hulpverlener is een anachronisme. De diverse belanghebbenden zoals de verzekerde, de gebruiker van zorg, de inkoper, de verzekeraar of de staat die ieders loonstrook belast, streven naar toegevoegde waarde in termen van gezondheidswinst. De overgang van het klassieke verrichtingsstelsel brengt de behandelaar duidelijker in beeld, evenals de door haar vastgestelde zorgvraag en diagnose van de patiënt. Een deel van de kritiek verwijst naar de beperkingen van de DSM-IV als ordenend instrumentarium. Die kritiek is natuurlijk terecht. Maar behandelen zonder diagnose, doel en behandelplan is in het streven naar een wetenschappelijk gefundeerd specialisme, niet houdbaar. Adequate diagnosestelling en triage worden steeds belangrijker, evenals het monitoren van de beginsituatie en de eindsituatie van de patiënt. De sector, inclusief de beroepsgroepen, hebben afgesproken om de komende jaren tot *Routine Outcome Measurement* (ROM) te komen. Mocht dat lukken, dan is de ggz significant in een nieuwe 'levensfase' terecht gekomen, waarbij zij in onze ogen de curatieve somatische zorg voorbijstreeft. Dat er nog heel veel verbeterd kan worden, moge duidelijk zijn. De ggz terugbrengen in een puur professioneel domein zonder verantwoordingselementen ontkent het maatschappelijk gegeven dat de vraag naar ggz zorg heel veel groter is dan er middelen beschikbaar zijn. Dit pijnlijk afwegingsvraagstuk kan alleen het resultaat zijn van een politiek debat dat gebaseerd is op harde feiten en erkenning van ieders belangen en waarden. De recent overleden bestuurder van Rivierduinen George Witte zei het kernachtig als volgt: 'Het probleem van de ggz is dat zij te veel zorg levert aan te weinig mensen en te weinig zorg aan te veel mensen'. Dit dilemma zal alleen maar prominenter worden nu de drempel tot zorg steeds lager wordt en steeds meer mensen de weg naar hulpverleners vinden. Daarmee zullen steeds meer Nederlanders profiteren van de herstellende werking van de ggz. Vergoeding op basis van DBC's zal in onze ogen bijdragen aan een meer adequate vergoeding voor die zorg die positief gewaardeerd wordt door de patiënt, de verzekeraar en de samenleving. Dat is een voorwaarde voor legitimiteit van de ggz op de lange termijn. ■

Auteurs

- Prof dr. Richard Janssen is Hoogleraar Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg en bestuurslid van Altrecht, E-mail: R.T.J.M.Janssen@uvt.nl; internet: www.tilburguniversity.nl/webwijnshow/?uid=r.t.j.m.janssen
 - Petra Soeters QC is Financial Controller bij Mondriaan in Heerlen.
- Zij bedanken Helene Roos voor de ondersteuning bij de tekstverwerking.

Literatuur

- Bakker, Ch.Th. (2009), De financiering van de ggz en de invloed van geld op de zorgpraktijk (1884-1984), Amsterdam University Press.
- Commissie Dekker (Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg) (1987), Bereidheid tot verandering, Den Haag.
- Ellis, R. P. en McGuire T.G. (1995), Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects, *Journal of Health Economics*, 5, 129-51.
- Ellis, Randall P. and Michelle M. Miller (2009), 'Provider payment and provider incentives' in Guy Carrin, Kent Buse, Harald Kristian Heggenhougen, Stella R. Quah (eds.) *Health Systems Policy, Finance, and Organization*, (New York: Elsevier) (reprinted from *Encyclopedia of Public Health*, 2008).
- Ellis, Randall P. (2001), 'Formal Risk Adjustment by Private Employers' *Inquiry* 38(3) Fall, 299-309.
- Ellis, R. P. en T.G. McGuire (1995), Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects, *Journal of Health Economics*, 15(3), 57-279.
- Castel, H. (2005), DBC registratie, validatie en facturatie; presentatie Werkconferenties DBC GGZ, projectorganisatie DBC GGZ.
- Wildt, J.E. de, Janssen, R. en Pop, V. (2007), Zielenzorg in de aanbieding, *Medisch Contact*, jrg 62, 46, 1912-1916.
- Geudens, L., Janssen, R. en Van Santbrink, L. (2010), Strategisch positioneren, de GGZ als markt in ontwikkeling, *ZMmagazine*, september 2010, 12-15.
- Ginneken, E. van (2004), Kostprijzen in het TweeSteden ziekenhuis: een zorg extra. Master Thesis, Universiteit van Tilburg.
- Ginneken, E. van, E. Kerzman, R. Janssen (2004), Transparantie van DBC's (on)gewenst?, *ZMmagazine* nr 6, 2-6.
- Hasaart, F., Pomp, M., Janssen, R. en Wientjens, D. (2006), Zorgverzekeringen Financiële prikkels en behandelkeuzes in het nieuwe zorgstelsel, *ESB* nr 4493, jrg 91, 424-426.
- Haselbekke, B.J., Kertzman, E.N., Janssen, R.T.J.M. (2002), Contracteren op de markt van ziekenhuiszorg, in *Acta Hospitalia*, nr 4, 33-48.
- Janssen, R. (2003), Klant is Koning: ook in de zorg?, *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*, RVZ, Zoetermeer, 146-189.
- Montfort, A.P.W.P. (2000), Kostprijsystemen in de zorg: visie vanuit een zorgverzekeraar, *Acta Hospitalia*.
- Montfort, G. van (1999), Bekostigingsstructuur van zorginstellingen. In: Lapré, R. en G. van Montfort (red.), *Bedrijfsconomie van de gezondheidszorg*, Maarssen, 13-40.
- Palm, Ineke, Fred Leffers, Thijs Emons, Veronique van Egmond en Spencer Zegers (2008), *De GGZ ontworpen*, Wetenschappelijk bureau SP en actiegroep Zorg Geen Markt, Rotterdam.
- Van de Ven, Wynand P.M.M. and Randall P. Ellis. (2000), 'Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets' Chapter 14 in A.J. Culyer and J.P. Newhouse, (ed.) *Handbook in Health Economics*, North Holland. 755-845.

GZ-PSYCHOLOGIE

TIJDSCHRIFT OVER GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOGIE - WWW.GZPSYCHOLOGIE.NL

Zoekt u een collega?

GZ-psychologie is een nieuw wetenschappelijk tijdschrift dat zich geheel richt op de snelgroeijende beroepsgroep van gezondheidszorgpsychologen. Dit maakt het tijdschrift een uitstekend medium voor uw (personeels)advertenties.

U kunt t/m 18 november uw advertentie reserveren voor nummer 8, dat 16 december verschijnt.

Zie de nieuwe tarievenkaart 2011 op de website www.gzpsychologie.nl

Versrijningsdata onder voorbehoud van wijzigingen.

Voor de tarieven, andere advertentiemogelijkheden en overige vragen kunt u contact opnemen met Linda van Iwaarden, via linda.van.iwaarden@benecke.nl; 020 715 06 32.



Zie ook de website: www.gzpsychologie.nl